

Ministério da Saúde mantém decisão de não usar termo violência obstétrica, diz secretário

Ofício ao MPF foi interpretado nas redes sociais como recuo da pasta, que havia abolido termo de políticas públicas

(Folha de S.Paulo, 10/06/2019 - acesse no site de origem)

Apesar de reconhecer o direito de que mulheres usem a expressão “violência obstétrica”, o Ministério da Saúde mantém a decisão de não usar esse termo em suas normas e políticas públicas, informou à Folha o secretário de atenção primária da pasta, Erno Harzheim.

A declaração ocorreu após a divulgação, nesta segunda-feira (10), de um ofício enviado ao Ministério Público Federal de São Paulo em que a pasta diz reconhecer o “direito legítimo” de que as pessoas usem o termo –o que começou a ser interpretado como um possível recuo da pasta, que havia defendido abolir o uso da expressão em maio.

Na prática, porém, a medida está mantida. “O Ministério não usará formalmente esse termo [violência obstétrica]”, afirmou Harzheim, que assina o documento enviado ao MPF.

“Seguiremos usando o termo da Organização Mundial de Saúde: ‘Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde’”, completou.

O debate em torno do tema começou em maio, após a pasta divulgar um despacho em que orientava abolir o uso da expressão “violência obstétrica” de normas e políticas públicas por considerá-la inadequada.

Nos últimos anos, essa expressão tem sido utilizada para definir casos de violência física ou psicológica praticados contra gestantes na hora do parto —problema que já foi abordado no passado em campanhas divulgadas pelo próprio Ministério.

A justificativa para deixar de usá-la, segundo a pasta, estaria na definição do termo violência pela Organização Mundial de Saúde, que “associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.”

“Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, informava o despacho.

A mudança de postura gerou reação entre entidades em defesa das mulheres, para quem evitar o termo é negar a existência do problema. Também levou o MPF-SP a emitir uma recomendação para que a pasta “passasse a atuar para coibir casos de violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo”.

Recomendação semelhante foi adotada pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos na última semana, para quem o veto ao termo violência obstétrica pode dificultar a apuração desses

casos. Em contrapartida, algumas entidades médicas saíram em defesa do ministério, dizendo que a adoção de outro termo seria apenas para deixar de vinculá-los à atuação dos obstetras.

'FALSA POLÊMICA'

Para o secretário de atenção primária em saúde, Erno Harzheim, porém, há uma “falsa polêmica” em torno do tema –daí, segundo ele, ter escrito em ofício ao MPF que o ministério “reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas”.

“O ministério não é censor. Ele decide o que ele escreve”, disse à Folha. “Em nenhum momento dissemos que as pessoas não podiam usar alguma expressão. Vivemos em um regime democrático. O Ministério da Saúde define os termos que o próprio ministério usa, nunca o que as pessoas usam. As pessoas perdem muito tempo e oportunidade de mudar a realidade discutindo semântica e discurso. O que importa é a atenção ao parto.”

Questionado, porém, ele defende a decisão da pasta em não usar o termo. “A política não mudou, e continua em busca de um parto humanizado e baseada nas melhores evidências científicas. A maneira de se referir a ela é que mudou”, diz. “É um termo inadequado por vários motivos, como associar a uma intencionalidade de violência”, afirma ele. “Se houver essa intencionalidade na rede de saúde, estamos falando de um crime.”

Não à toa, a expressão “violência obstétrica” não aparece em nenhum momento na resposta ao MPF –o qual é focado em citar ações realizadas pela pasta nos últimos anos na área de assistência ao parto.

“Dessa forma, o Ministério da Saúde reitera que a expressão utilizada nos documento e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, no qual declara que essas situações nas instituições de saúde afetam os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação”, finaliza o ofício enviado à Procuradoria.

Natália Cancian

Por que extinguir o termo ‘violência obstétrica’ viola Direito constitucional e internacional, por Fabiana Dal’Mas Rocha Paes

Ministério da Saúde emitiu um despacho proibindo o uso do termo em políticas públicas e em

normas relacionadas ao tema.

[\(HuffPost Brasil, 08/05/2019 - acesse no site de origem\)](#)

Violência obstétrica consiste na ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito, ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, e aos seus sentimentos e preferências. A expressão engloba condutas praticadas por todos os prestadores de serviço da área de saúde, não apenas os médicos.

Muitas mulheres são vítimas de violência obstétrica. No Brasil, estima-se que uma a cada quatro mulheres já foi vítima desse tipo de violência, segundo o estudo [Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado](#), produzido pelo SESC e a Fundação Perseu Abramo (2010). Também os bebês podem estar sujeitos à violência obstétrica.

Nesse contexto, vê-se com [preocupação a manifestação do Ministério da Saúde no sentido de abolir dos documentos oficiais](#), das políticas públicas e das normas relacionados ao tema, o uso da expressão violência obstétrica, sob o argumento de que o termo tem “uma conotação equivocada” e “não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado”.

1. Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”.
2. Embora não haja consenso quanto à definição desse termo, o conceito de “violência obstétrica” foca a mulher e o seu momento de vida (gestação, parto ou puerpério).
3. A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.
4. O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no cotidiano gestação-parto-puerpério.

Despacho afirma que o termo tem “uma conotação equivocada” e “não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado”. (Foto: Reprodução Ministério da Saúde)

A restrição ou censura ao uso da expressão violência obstétrica não ajuda em nada no desenvolvimento de políticas públicas sérias e eficazes de prevenção e de eliminação de abusos, maus tratos e desrespeitos praticados durante o pré-natal, parto ou puerpério. Na verdade, a supressão dessa expressão constitui-se em um retrocesso no enfrentamento dessa questão, justamente em um momento em que outras nações caminham de forma segura no sentido da absoluta proteção da integridade da mulher e do bebê.

Com efeito, o conceito de *violência obstétrica* tem sido promovido por grupos da sociedade civil através de distintos países latino-americanos tais como a Argentina, com a lei de proteção integral às mulheres, e em algumas partes do México, conforme chama atenção a profa. Michelle Sadler.

Outros países do mundo também enquadraram a violência obstétrica dentro das legislações mais amplas sobre desigualdades de gênero e violência, enfatizando a posição desigual das mulheres – e mulheres grávidas em particular – no sistema de saúde e na sociedade.

Além disso, “desde 2014, foram criados cinco Observatórios de Violência Obstétrica liderados por grupos da sociedade civil no Chile, Espanha, Argentina, Colômbia e França, e em março de 2016 divulgaram uma declaração comum declarando que a violência obstétrica tem sido uma das formas mais invisíveis e naturalizadas violência contra as mulheres e que constitui uma grave violação dos direitos humanos.”

O desenvolvimento do conceito de violência obstétrica caracteriza-se por chamar a atenção às críticas à medicalização dos ambientes de assistência à maternidade e à violação dos direitos à saúde sexual e reprodutiva.*

Cumprir lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) convoca os governos a uma “maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos”.

A restrição ou censura ao uso da expressão violência obstétrica não ajuda em nada no desenvolvimento de políticas públicas sérias e eficazes.

Como sabemos, o Brasil assumiu compromissos perante a comunidade internacional no sentido de proteção à saúde materna e da prevenção de todas as formas de violência contra a mulher. O Brasil é signatário da Convenção CEDAW, que determina a proteção à saúde da mulher. O artigo 12 da Convenção CEDAW dispõe o seguinte:

“Os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.”

A Convenção Belém do Pará, por sua vez, define como violência contra a mulher aquela praticada por agentes de saúde, em serviços de saúde, assim de acordo com o artigo 2º, da referida Convenção: “entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local”.

Na verdade, a supressão dessa expressão constitui-se em um retrocesso no enfrentamento dessa questão.

Desse modo, é dever do Estado brasileiro prevenir e combater todas as formas de violência contra a mulher, inclusive a obstétrica. Dispõe o artigo 7º da Convenção Belém do Pará: “os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em: abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicas ajam de conformidade com essa obrigação; agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher”

Conclui-se, portanto, que a manifestação do Ministério no sentido da retirada da expressão das suas normas, políticas públicas ou diretrizes, colide com os princípios e regras do Direito Internacional e do Direito Constitucional brasileiro, que estabelecem a necessidade de proteção integral à mulher, mantendo-a a salvo de todas as formas de violência, inclusive a obstétrica.

Referências:

[1] SADLER, Michelle, *Moving Beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimension of Obstetric Violence*, *Reproductive Rights Matters*, Volume 24, 2016, Issue 47.

Fabiana Dal'Mas Rocha Paes é promotora de Justiça de Enfrentamento à Violência Doméstica de São Paulo

Ministério da Saúde veta uso do termo 'violência obstétrica'

Orientação causa reação entre especialistas e grupos de defesa das mulheres

(Folha de S.Paulo, 07/05/2019 - acesse no site de origem)

O Ministério da Saúde emitiu um despacho em que defende abolir de políticas públicas e normas o uso do termo “violência obstétrica”, citado frequentemente para definir casos de violência física ou psicológica praticados contra gestantes na hora do parto.

A medida, que indica uma mudança de posicionamento da pasta, tem gerado reação entre especialistas e grupos de defesa das mulheres.

Nos últimos anos, o debate em torno de casos de violência obstétrica ganhou força no país em meio a [campanhas a favor do parto normal e do atendimento humanizado](#) —algumas delas abraçadas pelo próprio Ministério da Saúde.

Texto publicado pela pasta em 2017, por exemplo, já citava a existência do problema. “Você sabe o que é violência obstétrica? Pois saiba que até mesmo muitas vítimas desse tipo de abuso também não. Esse tipo de violência atinge boa parte das mulheres e bebês em todo o país.”

Em seguida, o próprio Ministério da Saúde passava a definir a violência obstétrica como aquela que ocorre na gestação ou parto, podendo ser “física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas”.

Entre os exemplos, estão restringir o direito de acompanhante e ao alívio da dor, impedir que mulher se movimente, beba água ou coma alimentos leves durante o trabalho de parto e realizar episiotomia (corte feito entre a região do ânus e da vagina durante o parto normal) quando não há indicação. Entram na lista também ameaças, piadas ou frases desrespeitosas como “na hora de fazer não reclamou”.

Despacho emitido na última sexta-feira (3), porém, adota outra orientação.

No documento, o ministério diz avaliar que o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério.”

A justificativa, informa, estaria na definição do termo violência pela Organização Mundial de

Saúde, que “associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.”

“Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão ‘violência obstétrica’ no atendimento à mulher, pois acredita-se que tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, informa.

No despacho, a pasta afirma ainda trabalhar para qualificar o cuidado das mães e diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. Por conta disso, defende adotar estratégias para abolir o uso da expressão “com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”.

A divulgação do posicionamento, no entanto, tem gerado polêmica entre especialistas e grupos em defesa das mulheres.

Para a médica Sônia Lanksy, que foi uma das coordenadoras regionais da pesquisa Nascer no Brasil, da Fiocruz, que entrevistou mais de 23 mil mulheres sobre a assistência ao parto no Brasil, excluir o uso do termo pode soar como uma forma de censura institucional.

Ela lembra que o termo violência obstétrica está consolidado em literatura científica —neste sentido, diz, não haveria como aboli-lo. Alguns países, como Venezuela e Argentina, possuem legislações sobre o tema desde 2007.

“Não há como cercear a liberdade de informação e como as mulheres identificam esse tipo de violência. É um problema de grande relevância em saúde pública. O ideal seria discutir porque esse incômodo tão grande e esclarecer que não é dirigido a ninguém em específico mas à situação da violência obstétrica. É uma violência estrutural”, diz.

Segundo ela, dados da pesquisa dão pistas do tamanho do problema no país.

Um exemplo é que, entre as entrevistadas que tiveram parto normal, 53,5% sofreram episiotomia —enquanto registros na literatura apontam que esse procedimento seria necessário em menos de 10% dos casos. Outras 36% sofreram manobra de Kristeller, pressão no útero para saída do bebê, a qual é contraindicada pelo Ministério da Saúde.

Também foi alto o índice de mulheres sem acesso à presença contínua de acompanhante, assegurada por lei.

Para Débora Diniz, do Instituto Anis Bioética, Direitos Humanos e Gênero, organização que atua em defesa dos direitos das mulheres, o novo posicionamento do ministério representa uma tentativa do governo de negar a existência do problema.

“A retirada dessa palavra de uma política de governo é uma tentativa de silenciar o que acontece nesse momento da vida das mulheres. É o mesmo que ignorar e considerar que isso não existe”, afirma.

Segundo ela, a medida deve trazer impacto às mulheres vítimas desse tipo de violência. “É um documento que tem um impacto simbólico muito importante, de o Estado dizer que não reconhece essa experiência e a forma como você a expressa. É também um sinal de onde estão as prioridades do Ministério da Saúde no cuidado das mulheres”, diz.

Em nota, o Ministério da Saúde diz que o posicionamento foi feito a pedido de entidades

médicas e segue pareceres destas entidades.

Um exemplo é um documento do Conselho Federal de Medicina, emitido no ano passado e que passou a recomendar que a expressão não fosse utilizada, por considerar que seu uso “tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher.”

À Folha o relator, Ademar Carlos Augusto, diz ter elaborado o documento devido à proliferação de propostas de leis sobre violência obstétrica.

“O que a gente percebe é que existe um movimento orquestrado de algumas instituições de trazer para o médico obstetra a responsabilidade pela situação caótica que está a assistência à gestante”, diz ele, para quem a definição tem “viés ideológico”.

“Essa discussão veio importada de países com viés socialista, e o Brasil também adotou”, diz, em referência às leis da Argentina e Venezuela.

Ainda segundo Silva, além da interpretação pejorativa, há risco de superdimensionar o problema. “Tudo isso são discursos que a gente, quando vai para a prática, [vê que] não correspondem à realidade”, diz ele, para quem os casos estão relacionados não a uma situação específica, mas à desorganização do sistema de saúde como um todo.

Já para Aguinaldo Lopes da Silva, vice-presidente da Febrasgo (federação que reúne associações de ginecologistas e obstetras), é preciso reconhecer que há problemas na assistência às gestantes do país. A adoção de outro termo, diz, seria apenas para deixar de vinculá-los apenas aos obstetras.

“Não negamos que o problema exista. Somos contra qualquer tipo de violência contra a mulher em qualquer situação. A grande questão é atribuir uma relação ao obstetra em situações em que isso ocorra”, diz.

No ano passado, no entanto, a federação publicou um documento que reconhecia o uso do termo.

“Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres”, dizia o parecer assinado pela presidente da Socego (Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia), Liduina Albuquerque Rocha de Souza.

“Como médicos obstetras temos uma grande oportunidade em mostrar as mulheres que estamos ao lado delas na busca por uma assistência obstétrica de qualidade.”

Natália Cancian

PFDC questiona Ministério da Saúde sobre disponibilidade de medicamento de uso obstétrico no SUS

Conforme reportagem divulgada nesta semana, para que o misoprostol estivesse disponível no SUS em 2019, processo de compra deveria ter sido iniciado em setembro do ano passado. Entretanto, até o momento, não há notícias de providências para a obtenção do fármaco

(MPF, 02/04/2019 - acesse no site de origem)

A possível indisponibilidade do misoprostol - medicamento utilizado nos serviços de saúde obstétrica e que integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) - levou a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), do Ministério Público Federal (MPF), a solicitar esclarecimentos ao ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta.

No [ofício](#) encaminhado nesta terça-feira (2), a Procuradoria requer informações sobre a procedência da reportagem divulgada no jornal Folha de S. Paulo, segundo a qual o processo de compra da medicação de uso obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não teria sido realizado em 2019. Conforme a matéria, para que o remédio pudesse estar disponível neste ano no SUS, a licitação deveria ter sido realizada em setembro de 2018. No entanto, até o momento a pasta não teria dado entrada nos trâmites necessários para a compra.

Foi destacado na notícia que a medicação é indispensável para a Saúde da Mulher, com indicações para diversas finalidades, como a indução do parto e tratamento do aborto incompleto, espontâneo ou induzido. Dessa forma, eventual ausência do misoprostol na rede de saúde poderia acarretar consequências diretas na execução de políticas de Saúde da Mulher.

A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão solicitou, ainda, explicações quanto às medidas a serem adotadas no intuito de suprir a falta da medicação. A PFDC estipulou o prazo máximo de dez dias para que o ministro da Saúde encaminhe resposta.

Remédio usado em aborto legal e casos de hemorragia rareia no SUS

Compra de misoprostol, obrigatória, está atrasada seis meses, e estoque, pode vencer

(Folha de S.Paulo, 31/03/2019 - acesse no site de origem)

O Ministério da Saúde ainda não realizou, em 2019, compra do misoprostol, medicamento de uso obrigatório em 4.141 serviços de saúde obstétricos com leitos do SUS.

O fármaco é indispensável para a saúde da mulher, sendo indicado para diversas finalidades, como indução do parto e tratamento do aborto incompleto, espontâneo ou induzido. Também faz parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Para que o remédio estivesse disponível neste ano, a licitação deveria ter iniciado em setembro do ano passado, mas, até o momento, o Ministério da Saúde não deu entrada nos trâmites necessários para a compra com o único laboratório farmacêutico que o produz, o Hebron

Desde os anos 2000, o misoprostol é vendido pela empresa com o nome comercial Prostokos, nas formulações de 25 microgramas para a indução do parto vaginal e 200 microgramas para problemas relacionados a complicações no parto, tratamento do aborto incompleto e indução do parto com feto morto.

A escassez do Prostokos nas maternidades pode trazer como consequências o aumento do número de cesarianas e o uso de procedimentos invasivos para o tratamento de abortos.

“Sem o misoprostol para indução do trabalho de parto, cerca de 70% dos partos normais virarão cesarianas”, estima o médico ginecologista e obstetra Olímpio Barbosa de Moraes Filho, presidente da Comissão de Assistência ao Pré-Natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

A rapidez na distribuição do medicamento é importante também para que o estoque já fabricado pela Hebron não vença e perca a sua utilidade, de acordo com Israel Vasconce consultor de acesso público da Hebron.

“Já estamos no mês de março e não se iniciou ainda esse processo”, diz Israel.

A disponibilidade do misoprostol também é exigência da Anvisa para funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Mesmo assim, menos de 25% dos mais de 4.000 estabelecimentos com leitos de obstetrícia disponíveis para o SUS receberam o medicamento na última compra divulgada pelo Ministério da Saúde, em 2016.

Apesar da compra centralizada não desobrigar os hospitais de obterem o medicamento direto com fornecedores, as vendas por meio de distribuidores foram feitas para apenas 1.080 hospitais públicos e 800 privados no último ano, afirma a Hebron.

Os motivos para a escassez do misoprostol são diversos e esbarram na regulamentação restritiva da própria Anvisa, na burocracia para adquirir o medicamento e no estigma do aborto.

“Eu acredito que o Brasil seja, infelizmente, o único país no mundo que tem um controle tão grande sobre o misoprostol”, afirma Olímpio.

Jefferson Drezett, coordenador por 23 anos do principal serviço de abortamento legal do país, o [Hospital Pérola Byington em São Paulo](#), afirma que nenhuma outra medicação usada nacionalmente, como quimioterápicos, anestésicos ou drogas que levam à dependência química, tem controle tão rigoroso e exaustivo pela Anvisa quanto o misoprostol.

O rigor da Anvisa se deve à Portaria 344, de 1998, que colocou o medicamento na lista C1 de substâncias controladas, limitando seu uso ao ambiente hospitalar.

O motivo da restrição era barrar a ampla utilização do Cytotec, medicamento com o princípio ativo do misoprostol, como método abortivo nos anos 1980 e 1990.

A dificuldade dos hospitais em preencher o requisitos para compra, que passavam pela boa vontade de gestores e pelas exigências das vigilâncias estaduais, acentuou o problema do acesso ao medicamento.

Para Maria Esther Vilela, coordenadora de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde sob Dilma Rousseff e Michel Temer, é a burocracia que torna o medicamento restrito. A prova disso seria que, em 2010, a empresa Hebron vendeu uma média mensal de apenas 650 caixas de Prostokos.

Como solução para contornar o desabastecimento nos hospitais, o Ministério da Saúde promoveu a compra centralizada do medicamento em 2011 a fim de incentivar os estabelecimentos a adquirirem o Prostokos. “A falta de acesso ao medicamento causava a morte e o sofrimento de mulheres”, diz Vilela, que participou da implantação da compra centralizada.

Cada hospital público deve fazer cadastro na secretaria de vigilância sanitária do seu estado para receber o medicamento comprado pelo Ministério da Saúde. As instituições privadas também fazem o cadastramento, mas a compra ocorre diretamente com distribuidores da empresa Hebron, com fiscalização da Anvisa e da Polícia Federal.

Outro problema atual relacionado ao fármaco é a demora na aprovação de duas novas apresentações do Prostokos, oral e sublingual, específicas para tratamento da hemorragia pós-parto, em discussão na Anvisa desde 2016.

“O medicamento seria fundamental principalmente para pessoas de regiões distantes dos grandes centros, como a população indígena, isso salvaria vidas”, afirma Olímpio.

O medicamento é indicado desde 2011 pela OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto, com resultados positivos em diversos países da África, Oriente Médio e Ásia.

No Brasil, as discussões entre a Anvisa e a empresa Hebron para as novas apresentações já duram seis anos.

“Existe uma resistência da Anvisa em aprovar o registro de um produto que não tenha estudos clínicos no Brasil. É um retrabalho. Há uma infinidade de estudos clínicos do misoprostol em outros países para hemorragia pós-parto. Os EUA aceitam o medicamento para essa finalidade, a Europa aceita, mas a Anvisa não”, destaca Avaniel Marinho, diretor de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação da Hebron.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a administração do misoprostol para hemorragia pós-parto, em substituição à ocitocina, é indicada para partos domiciliares e em locais distantes dos centros de saúde.

O medicamento é mais estável, mais fácil de armazenar e de administrar, e tem custo-benefício favorável.

A atitude da Anvisa priva a população dos avanços e das tecnologias em saúde disponíveis no mercado, afirma Marinho. “Se já existem estudos clínicos realizados em outros países dentro do método científico, devidamente validados, publicados em revistas indexadas, cujo resultado é inquestionável, por que haver um retrabalho para o país?”, pergunta.

Questionada sobre a demora na aprovação do registro do misoprostol para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto, a Anvisa não se manifestou.

ENTENDA A ESCASSEZ

O que é misoprostol?

Medicamento usado para diversas finalidades, do tratamento da úlcera estomacal à indução do parto ao estancamento de hemorragia pós-parto. Por isso, é obrigatório em 4.141 serviços de saúde obstétricos com leitos do SUS e integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Tem, também, efeito abortivo.

A venda é ilegal?

Em farmácias, a venda foi proibida em 1998, mas seu uso é permitido em hospitais. A Defensoria Pública da União recomendou, na quinta-feira (28), que a Anvisa volte a permitir a venda em farmácias para o uso em casos legais de aborto (risco de morte da mãe, feto anencéfalo e gravidez decorrente de estupro).

Por que o atraso?

Não há resposta oficial. A última encomenda ao laboratório que o produz foi feita em 2016. Os trâmites levam cerca de sete meses, e uma nova leva deveria ter sido pedida em setembro. Não foi, e o estoque começa a vencer.

Esta reportagem foi produzida com apoio do Instituto Patrícia Galvão, da Abraji e do GHS

3 em cada 10 mulheres que morrem por violência têm histórico de agressão

Dado consta em estudo inédito realizado pelo Ministério da Saúde com base em registros de óbitos e atendimento na rede pública entre 2011 e 2016

(O Estado de S. Paulo, 08/01/2018 - acesse no site de origem)

Três entre cada dez mulheres que morreram no Brasil por causas ligadas à violência já eram agredidas frequentemente, revela estudo inédito do Ministério da Saúde obtido pelo Estado. O levantamento foi feito com base no cruzamento entre registros de óbitos e atendimentos na rede pública de 2011 a 2016.

“Vimos que essas mulheres já tinham recorrido aos serviços de saúde, apresentando ferimentos de agressões”, diz a diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da pasta, Maria de Fátima Marinho Souza, que coordenou o trabalho.

Para ela, o resultado deixa claro o caráter crônico e perverso dessa vivência e a necessidade de se reforçar a rede de assistência. “Se medidas de proteção tivessem sido adotadas, talvez boa parte desses óbitos pudesse ter sido evitada.”

A consequência da violência frequente fica evidente na pesquisa. O trabalho comparou o risco de morte por causas violentas entre mulheres que haviam procurado em algum momento serviços de saúde por causa de agressões e entre aquelas que não tinham histórico. As diferenças foram relevantes. No caso de adolescentes, por exemplo, o risco de morrer por suicídio ou homicídio foi 90 vezes maior entre as adolescentes com notificação de violência.

Os dados representam histórias como a de Jerusa, de 37 anos, identificada pelo ministério. Em junho de 2015, ela procurou o hospital público com lesões após ser espancada por seu companheiro, João. O registro feito na época já indicava que as violências ocorriam repetidamente. Mas após o atendimento e a notificação, nada mudou.

Jerusa continuou vivendo com o companheiro, que permaneceu impune. Oito meses depois, foi morta pelo marido.

Os números gerais também impressionam. No período analisado, morreram no Brasil, por dia, três mulheres que já haviam dado entrada em hospitais, unidades de pronto atendimento (Upas) ou ambulatórios públicos em busca de tratamento para hematomas, fraturas e outros tipos de lesões associados à violência. “Os dados dão uma dimensão, mas certamente são ainda maiores. Aqui não contamos, por exemplo, os atendimentos em serviços particulares”, disse Maria de Fátima.

Estudos

Os dados de 6.393 mortes reunidos pelo ministério reforçam pesquisas anteriores sobre o problema. Estudo do Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Instituto Datafolha de 2016, por exemplo, mostrava que o País tinha 4,4 milhões de mulheres que já haviam sido vítimas de agressão física. E desse total, 29% relataram que tinham sofrido algum tipo de violência nos 12 meses anteriores.

Maria de Fátima lamenta não só a pouca eficácia do aparato para ajudar vítimas de violência. Ela observa também que muitas das mortes dessas mulheres permanecem impunes, reforçando o ciclo de violência.

Entre os casos reunidos pelo ministério também está o de Aline, de 34 anos, moradora de Pariquera-Açu (SP). Em setembro de 2015, foi atendida no serviço de saúde depois de ser agredida pelo companheiro. Aline se separou e se casou novamente. Cinco meses depois da primeira agressão, o casal foi atingido por uma moto. Aline morreu e o autor nunca foi

encontrado.

Para Fátima, a impunidade acaba reforçando a violência. No caso das mulheres, ela ocorre em todas as faixas etárias. O estudo conduzido pelo Ministério da Saúde mostra que 294 crianças até 9 anos que sofriam por agressões crônicas morreram entre 2011 e 2016 de causas externas. Entre idosas, com 60 anos ou mais, foram 752.

‘O corpo já sarou, mas a alma ainda falta muito’

Foi por acaso que Edna Fernandes Silva viu o Centro Especializado de Atendimento à Mulher de Brasília, encravado numa estação de metrô. Com histórico de violência cometida pelo então companheiro Miguel por mais de mais de dez anos, resolveu entrar. “Foi num ato de desespero. Que bom que foi esse”, conta.

O episódio foi há quase dois anos. De lá para cá, Edna passou a ir a sessões de terapia em grupo e fazer tratamento com psicóloga e psiquiatra, além de ter assistência jurídica. “Dizem que aos poucos minha aparência está melhorando. Era outra antes do Miguel. Pesava 11 quilos a mais. Não emagreci por amor. Foi por ódio, sofrimento.”

Os relatos de agressão são inúmeros. Violência física, emocional, sexual. “O corpo já sarou. Mas a alma ainda falta muito”, resume a hoje chacareira. Antes de começar a viver com Miguel, era investigadora particular.

“Tinha boa clientela. Era superconfiante, bonita, corajosa. Cuidava de mim. Se me perguntar: por que você se permitiu ficar assim? Posso até ter pistas, mas ainda não sei.”

Ela conta que, pouco tempo antes de iniciar a relação com Miguel, o irmão teve uma morte violenta. “Fiquei abalada. Na época conheci o caseiro. Mas poderia ter sido outro. Achava que seria cuidada, mas fui violentada.”

As agressões vieram aos poucos. Primeiro, emocionais. Edna soube dos casos extraconjugais do caseiro. Tentou se rebelar, mas acabou convivendo com as traições. “Era um misto de medo, sensação de impotência. Uma vez, ao falar mal de uma amante, ele começou a me bater na rua. Fingi que desmaiei para ele parar. Quando ele se deu conta que eu estava bem, tentou me agarrar novamente. Para me livrar, tirei a blusa que ele agarrava e fugi. E sabe o que é pior? No dia seguinte ele voltou e fingiu que nada tinha acontecido.”

Logo depois de conhecer Miguel, Edna abandonou as investigações particulares. Quando a violência sexual aumentou, pensou no suicídio. “Pensei duas vezes, porque tenho duas cachorrinhas.”

Embora mais segura, o fantasma do ex-marido ainda a atormenta. Separada há dois anos, eles dividiram a chácara onde viviam. “Tenho medida protetiva, ele não pode me visitar. Mas colocou para morar no terreno ao meu lado um homem que também me ameaça, conta tudo para ele. É um círculo que é difícil romper.”

Lígia Formenti

Aumenta o número de mortalidade materna no Brasil segundo o Ministério da Saúde

A pior situação é no norte do país. As principais causas de morte de mães são hipertensão, hemorragia e infecção pós-parto.

(Bom Dia Brasil, 26/07/2018 - acesse no site de origem)

Clique na imagem e assista ao vídeo da matéria:



Maioria dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorre em casa; notificações aumentaram 83%

Dados do Ministério da Saúde entre 2011 e 2017 revelaram perfil das vítimas e dos agressores. Casos continuam subnotificados.

(G1, 29/06/2018 - acesse no site de origem)

Entre 2011 e 2017, o Brasil teve um aumento de 83% nas notificações gerais de violências sexuais contra crianças e adolescentes, segundo boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde na segunda-feira (25). No período foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes.

A maioria das ocorrências, tanto com crianças quanto com adolescentes, ocorreu dentro de casa e os agressores são pessoas do convívio das vítimas, geralmente familiares. O estudo também mostra que a maioria das violências é praticada mais de uma vez.

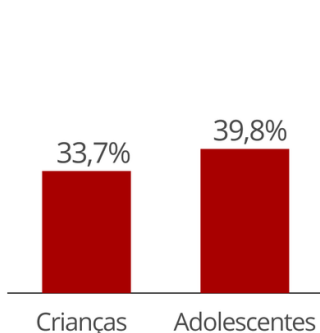
Para Itamar Gonçalves da ONG Childhood Brasil, que trabalha para promover o empenho de governos e sociedade civil em combater a violência sexual contra crianças e adolescentes, faltam no Brasil ações de prevenção que trabalhem com temas como o conhecimento do corpo, questões culturais de gênero e em especial as que dizem respeito aos padrões adotados de feminilidade e masculinidade.

“Para mudar este cenário é importante criar ambientes que sejam acolhedores e inclusivos nos espaços frequentados pelas crianças e adolescentes, nas famílias, escola, igrejas... Um trabalho de prevenção se faz com informação, especialmente sobre o funcionamento do corpo, a construção da sexualidade, visando empoderar nossas crianças”.

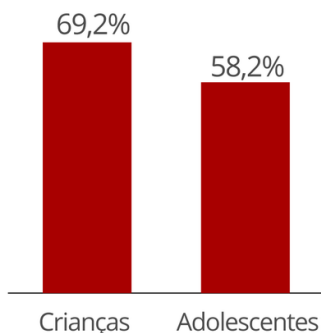
Raio-x da violência sexual

Dados são de 2011 a 2017 envolvendo crianças e adolescentes

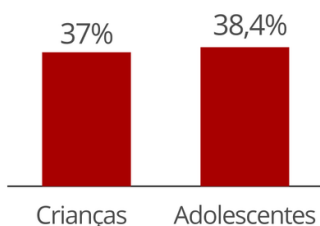
CASOS QUE SE REPETEM



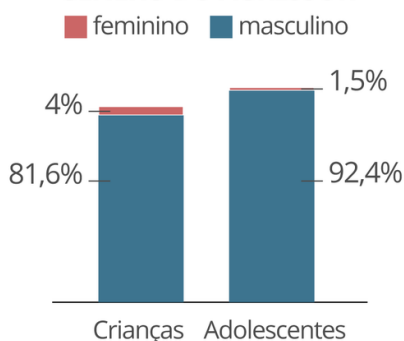
CASOS QUE ACONTECEM NA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA



AGRESSOR TEM VÍNCULO FAMILIAR

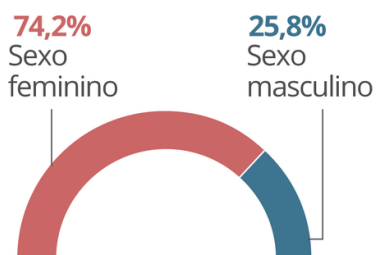


GÊNERO DO AGRESSOR

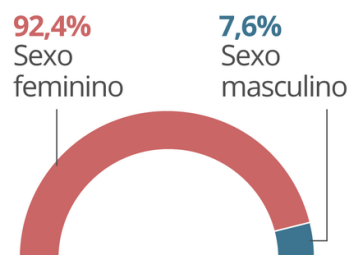


GÊNERO DAS VÍTIMAS

Crianças



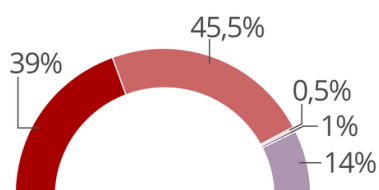
Adolescentes



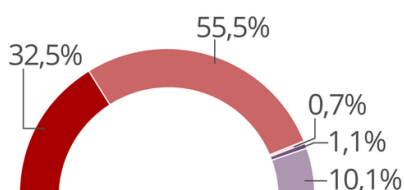
RAÇA DAS VÍTIMAS

■ branca ■ negra ■ amarela ■ indígena ■ ignorada

Crianças



Adolescentes



Fonte: Ministério da Saúde



Infográfico elaborado em: 26/06/2018

Estupro

O Ministério da Saúde considera violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil e exploração sexual. Dentre as violências sofridas por crianças e adolescentes, o tipo mais notificado foi o estupro (62,0% em crianças e 70,4% em adolescentes).

Pela lei brasileira o estupro é classificado como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Segundo o boletim do Ministério da Saúde, a ocorrência do estupro provoca diversas repercussões na saúde física, mental e sexual de crianças e adolescentes, além de aumentar a vulnerabilidade às violências na vida adulta.

Os mais vulneráveis

Dentre os números, chama atenção a vulnerabilidade dos mais jovens. Entre as crianças, o maior número de casos de violência sexual acontece com crianças entre 1 e 5 anos (51,2%). Já entre os adolescentes, com os jovens entre 10 e 14 anos (67,8%).

Negros e mulheres são maioria entre as vítimas. Tanto entre adolescentes quanto crianças, as vítimas negras tiveram a maior parte das notificações (55,5% e 45,5%, respectivamente). Segundo o Ministério, o resultado pode apontar para vulnerabilidades destes grupos.

Crianças e adolescentes do sexo feminino também são maioria entre as vítimas de violência sexual. Representam 74,2% dentre as crianças e um número ainda maior dentre as adolescentes: 92,4%.

Apesar disso, os meninos também sofrem com a violência sexual. Entre as crianças, são eles quem mais sofrem abusos na escola (7,1%). Já entre os adolescentes, os meninos são mais explorados sexualmente e são a maioria das vítimas de pornografia infantil.

O agressor

O estudo mostra que os homens são os principais autores de violência sexual tanto contra crianças quanto com adolescentes. Nos casos envolvendo adolescentes, em 92,4% das notificações o agressor era do sexo masculino. Nos casos envolvendo crianças, em 81,6%.

Segundo o boletim do Ministério da Saúde, é necessário problematizar a situação, já que a violência pode ser reflexo de uma cultura do machismo.

“Considerando que esse maior envolvimento como perpetradores das violências sexuais contra estes grupos pode ser reflexo da afirmação de uma identidade masculina hegemônica, marcada pelo uso da força, provas de virilidade e exercício de poder sobre outros corpos. Dessa forma, é relevante a promoção de novas formas de masculinidades que superem esse padrão e permitam a manifestação de diversas identidades possíveis”, diz a análise.

Gonçalves também lembra que no Brasil o padrão de socialização dos meninos ainda se dá pela violência, onde é reforçado o uso da força.

“Eles são culturalmente estimulados a dominar as meninas e mais tarde suas mulheres. Lembram da frases: ‘Homem não chora’, ‘Predam suas cabras, meu cabrito está solto’... O papel do cuidado, da afetividade fica para as meninas”, diz.

Subnotificações

Apesar do aumento de 83% das notificações de casos entre 2011 e 2017, o Ministério da Saúde ainda acredita que muitos casos não são notificados.

Isso acontece porque o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), desenvolvido pelo próprio ministério, ainda não foi implementado em todo o país. Desde 2011, a notificação de violências passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados.

Em 2014, os casos de violência sexual passaram a ter que ser imediatamente notificados, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima.

Outra ação obrigatória é a comunicação de qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

As regiões do Brasil que registraram o maior volume de notificações no período foram as regiões Sudeste (40,4%) e Sul (21,7%), para as crianças, e Sudeste (32,1%) e Norte (21,9%) para os adolescentes.

Como prevenir

Mudar este cenário exige esforço de governos e sociedade civil. Gonçalves lembra ainda do papel da educação sexual nas escolas, que poderiam ensinar a diferença de toques, que os corpos das crianças e adolescentes pertencem a eles e ninguém tem o direito de tocar suas partes privadas e explicar o que é abuso sexual.

“O importante é desmitificar a ideia que falar de sexualidade é ensinar as crianças a ter relação sexual”, explica ele.

Pais também podem ficar atentos a alguns sinais, já que crianças e adolescentes avisam de diversas maneiras e, segundo Gonçalves, na maioria das vezes não falam das situações de violência sexual que vem passando.

“Em geral, o abusador convence a criança de que ela será desacreditada se revelar algo; que ela gosta daquilo e quer que aconteça; ou que é igualmente responsável pelo abuso e será punida por isso.”

Como identificar uma vítima

Childhood Brasil listou 10 sinais que ajudam a identificar possíveis casos de abuso sexual infanto-juvenil.

- **Mudanças de comportamento:** O primeiro sinal é uma possível mudança no padrão de comportamento da criança. Essa alteração costuma ocorrer de maneira imediata e inesperada. Em algumas situações a mudança de comportamento é em relação a uma pessoa ou a uma atividade em específico.
- **Proximidades excessivas:** A violência costuma ser praticada por pessoas da família ou próximas da família na maioria dos casos. O abusador muitas vezes manipula emocionalmente a criança, que não percebe estar sendo vítima e, com isso, costuma

ganhar a confiança fazendo com que ela se cale.

- **Comportamentos infantis repentinos:** Se o jovem voltar a ter comportamentos infantis, os quais já abandonou anteriormente, é um indicativo de que algo esteja errado.
- **Silêncio predominante:** Para manter a vítima em silêncio, o abusador costuma fazer ameaças de violência física e mental, além de chantagens. É normal também que usem presentes, dinheiro ou outro tipo de material para construir uma boa relação com a vítima. É essencial explicar à criança que nenhum adulto ou criança mais velha deve manter segredos com ela que não possam ser compartilhados com pessoas de confiança, como o pai e a mãe, por exemplo.
- **Mudanças de hábito súbitas:** Uma criança vítima de violência, abuso ou exploração também apresenta alterações de hábito repentinas. O sono, falta de concentração, aparência descuidada, entre outros, são indicativos de que algo está errado.
- **Comportamentos sexuais:** Crianças que apresentam um interesse por questões sexuais ou que façam brincadeiras de cunho sexual e usam palavras ou desenhos que se referem às partes íntimas podem estar indicando uma situação de abuso.
- **Traumatismos físicos:** Os vestígios mais óbvios de violência sexual em menores de idade são questões físicas como marcas de agressão, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Essas são as principais manifestações que podem ser usadas como provas à Justiça.
- **Enfermidades psicossomáticas:** São problemas de saúde, sem aparente causa clínica, como dor de cabeça, erupções na pele, vômitos e dificuldades digestivas, que na realidade têm fundo psicológico e emocional.
- **Negligência:** Muitas vezes, o abuso sexual vem acompanhado de outros tipos de maus tratos que a vítima sofre em casa, como a negligência. Uma criança que passa horas sem supervisão ou que não tem o apoio emocional da família estará em situação de maior vulnerabilidade.
- **Frequência escolar:** Observar queda injustificada na frequência escolar ou baixo rendimento causado por dificuldade de concentração e aprendizagem. Outro ponto a estar atento é a pouca participação em atividades escolares e a tendência de isolamento social.

Tatiana Regadas

[Mais de 4 mil meninas de 10 a 19 anos tiveram filhos após estupro no Brasil](#)

Entre 2011 e 2016, mais de 4.200 bebês nasceram no Brasil fruto do estupro de crianças e adolescentes. Uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde revelou que, neste período, 49.489 meninas de 10 a 19 anos foram vítimas deste tipo de abuso no país.

[\(Universa, 05/04/2018 - acesse no site de origem\)](#)

Garotas também estão mais sujeitas a morte por agressão. Esta é a segunda causa de mortalidade entre meninas de 5 a 19 anos, ficando atrás somente de acidentes de transportes

terrestres.

Coordenada por Maria de Fátima Marinho, diretora do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, a análise mostra que a ocorrência de estupro na infância ou adolescência pode estar associada à maior vulnerabilidade à depressão, ao suicídio, à gravidez, ao menor uso de métodos anticoncepcionais, maior risco de repetição da agressão e ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis.

Entre quase 33 mil jovens de 10 a 14 anos abusadas, 43% dos estupros foram cometidos por familiares e parceiros íntimos; 66% dos casos ocorreram dentro da residência e o histórico de repetição foi de 45,6%. Mulheres negras são as mais afetadas - 58,1%, enquanto 29,6% das vítimas são brancas. Em relação às vítimas com idades entre 15 e 19 anos, cerca de 46% dos estupradores eram desconhecidos.

As mães vítimas de abusos registraram ainda maior percentual de parto prematuro (37,2%), além do início tardio do pré-natal e maior proporção de bebês com baixo peso ao nascer

Mais de 32 mil meninas de 10 a 14 anos foram estupradas de 2011 a 2016

Os dados são do Ministério da Saúde e quase dois mil casos de estupro resultaram em gravidez.

[\(Bom Dia Brasil, 28/12/2017 - acesse no site de origem\)](#)

Assista abaixo ao vídeo da matéria:

